

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu [sous pli confidentiel] doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7362 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAHJOUBI MHAMMED

Date de naissance : 05/05/66

Adresse : R.D. Bouskoura N°20 Bouskoura Cite

Tél. : 0668163842 Total des frais engagés : 804,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/03/2023

Nom et prénom du malade : MAHJOUBI MHAMMED Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Affection - Canal

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 24/03/2023 CASA

adhérent(e) : JAC

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/03/23	C-1 Fo		300DH	RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES 24/03/23 300DH PHARMACIE CENTRALE DE BOUSKOURA

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CENTRALE DE BOUSKOURA 18, Rue Bouskoura - Bouskoura Gsm: 06 63 01 31 67 022106000048 - INDE: 092110073	24/03/2023	504,00
PHARMACIE CENTRALE DE BOUSKOURA 18, Rue Bouskoura - Bouskoura Gsm: 06 63 01 31 67 022106000048 - INDE: 092110073		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Date: 24/09/10



## Ordonnance

MAHJOUB

X 1st 74,80

Sept 2000

S.V



X 1st 74,80 2nd  
Ciloxan 100 ml S.V

E. 20,80 1st 6/100 ml  
fukudex S.V

1st 76,10 → 2nd → X 1st  
3rd 76,10  
\* Curovate 100 ml S.V

2nd 76,10 → 3rd → 4th →  
4th → fukudex 100 ml S.V

5). 2 + 18

Rondelle 25 mm  
2 x 25

S.V S.P

X/

Copass Avel

S.V S.P

2/

Phylacra  
Corrigé

S.V

Centre de vente de la pharmacie  
Loubra 1 - El M'Graz - N°2  
Distributeur officiel  
Dr. A. M'Fetima

7: 604,00

PHARMACIE CENTRALE DE BOUKOURA  
18, Riad Boukoura - Boukoura  
Gsm : 06 63 03 31 61  
I.C.E : 0029180600010048 - INPE : 092110873

# FRAKIDEX®

**INDICATIONS, POSOLOGIE ET MISE EN GARDE**  
Se reporter à la notice intérieure.

**حالات الاستعمال، المقاييس، التحذير**  
انظر النشرة داخل العلبة

voie ophtalmique / Instiller dans l'œil  
للاستعمال في العين / تقطير في العين

Ce médicament est à conserver à une  
température inférieure à 25°C.  
يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة أدنى من 25°C.

Ce médicament est à utiliser dans les 15 jours  
après ouverture du flacon.  
لا يجوز حفظه أكثر من 15 يوماً بعد فتح الفارورة.

NE LAISSER NI À LA PORTÉE,  
NI À LA VUE DES ENFANTS.

لا يترك في متناول أو تحت نظر الأطفال.  
قائمة ١ / ١



**Soyez prudent**

Ne pas conduire sans  
avoir lu la notice

كن حذراً  
تجنب القيادة قبل  
قراءة النشرة

**Frakidex®**

**NE PAS AVALER**

**لا يبتلع**

**NE PAS INJECTER**

**لا يحقن**

FRAKIDEX

Collyre 5ml

ZENITH PHARMA

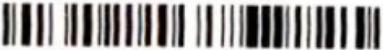
AMM n°218/16 DMP/21/NRQ

عيار/ عيار

LOT / تاريخ الإنتاج H8225

FAB / تاريخ الإنتهاء 02-2022

EXP / تاريخ الإنتهاء 01-2024



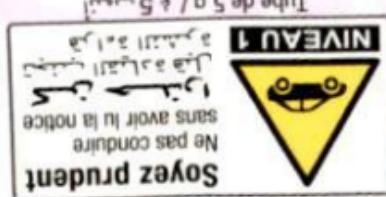
6118001270118

PPV : 24,60 DHS

13581 Berlin, Allemagne  
Jurnsbutter Dam 165/173  
herrn.-pharm. Fabrik GmbH  
Dr. Gerhard Mann

Dr. Gerhard Mann  
Jom et adresse du fabricant / conditionneur:  
14961 Montpellier Cedex 2, France  
116, rue Samuel Morse - CS 99535  
LABORATOIRE CHAUVIN  
DETENTEUR DE LA DE / DE L'AMM:  
الجهة المختصة بالتصدير والتجزئة  
الجهة المختصة بالتصدير والتجزئة

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
WMNDRN/30/19/DMP/21/NRQDN  
MNQDN/30/19/DMP/21/NRQDN



COMPOSITION :  
Phosphate sodique de dexaméthasone 0,1 g.  
Sulfate de framycétine 315 000 UI.  
Exipients : Vaseline, paraffine liquide q.s.p. 100 g

g 0,1 g 315 000 UI g 100 g  
g 315 000 UI g 100 g  
g 100 g g 315 000 UI g 100 g

Pommade ophthalmique / كريم العين  
BAUSCH + LOMB

Phosphate sodique de dexaméthasone / Sulfate de framycétine

FRAKIDEX® فراكيديكس

Date de fab  
08.2022  
Date Exp 07.2024  
Lot 771

NE PAS ALLER  
à la plage

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

يجب احترام الجرعات  
الموصوفة  
لـ **بيان**

Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT  
SUR ORDONNANCE

جدول [النسبة:] يصرف فقط  
بـ **بيان** وصفة طبية

**Soyez prudent**  
Ne pas conduire  
sans avoir lu la  
notice



كـ **بيان** لا تقدـ السيـارـ دون قـراءـة  
الـشرـة

Titulaire d'AMM au Maroc:  
صاحب رخصة التسويق بالجزء  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P N°1 - 27182  
Bouskoura-Maroc

المنـجـعـ: Alcon-Couvent N. V.  
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique  
Alcon Cusi S.A  
Camil Fabia 58, 08320 El Masmou,  
Espagne

6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

**CILOXAN® 0,3%**  
سيـلوـكسـانـ 0,3 %

COLLYRE  
قطـراتـ العـيـنـ

Ciprofloxacin  
سيـبـروـفـلـوكـسـاسـينـ

5 ml  
5 ml

NOVARTIS

NE PAS ALLER

RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

يجب احترام الجرعات  
لـ **بيان**  
الموصوفة

Tableau A (Liste I) - UNIQUEMENT  
SUR ORDONNANCE

جدول [النسبة:] يصرف فقط  
بـ **بيان** وصفة طبية

**CILOXAN® 0,3%**  
سيلوكسان 0,3%

COLLYRE  
قطرات العين

Ciprofloxacine  
سيبروفلوكساسين

5 ml

المنسق :  
Alcon-Couvent N. V.  
Rijksweg 14, B2870- Puurs, Belgique  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P N°1 - 27182  
Bouskoura-Maroc  
Espagne



Titulaire d'AMM au Maroc:  
صاحب رخصة التسويق بالجزء  
Laboratoires SOTHEMA  
B.P N°1 - 27182  
Bouskoura-Maroc

6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml

A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ

Laboratoires Sothema

PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO

406434

NOVARTIS

# سيسين® 500

سيبروفلوكساسين

عليه من 10 أقراص ملصقة  
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

Ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

74,80

# سيسين® 500

سيبروفلوكساسين

عليه من 10 أقراص ملصقة  
عن طريق الفم

SEPCEN® 500 mg

Ciprofloxacin

10 comprimés pelliculés

6 118000 230182

74,80

IBERMA

بحب احرازم الموصدة

IBERMA

بحب احرازم الموصدة

LOT: 05322037  
PER: 11/2025  
PPV: 74,80 DH

LOT: 15822044  
PER: 12/2025  
PPV: 74,80 DH

4 030571 001591

10g / 6 10

蒙古文

## **Corneregel Gel ophta 10g**

ZENITHPHARMA

AMM N° 89/15 DMP/21/NNP

PPV: 76,10 dhs

## Vignetté

L1MA01 / 49809E300/1-MA

13581 Berlin (Allemande)

GmbH Brunsbuttel Damm 165-173.

Numéro d'enregistrement en Tunisie : 2743021.  
AMM Maroc : 89/15/DM/P/21/NNP

AMM Allemaagte n° 32475.0000  
Drugeur en Pharmacie

THE JOURNAL OF CLIMATE

BAUSCH + LOMB

DEXPANTHENOL 5% / จีฟันทีนอล 5%

Cornergrid™

BAUSCH + LOMB

Gel ophtalmique / Goutte posse

DEXPANTHENOL 5% / Dexaméthasone 5%

# Corneregel<sup>TM</sup>

figurant sur la notice.

**Indication:** Pour les lésions corneennes. Veiller à suivre les instructions

de 1,25 g/5 ml (MPA 40000-60000 24/30) pour les lésions corneennes (Ph.Eur).

Appliquer 1 ou 2 gouttes dans l'œil 5 à 10 fois par jour, ou 1 goutte dans l'œil

infectéable q.s.p. 1 g.

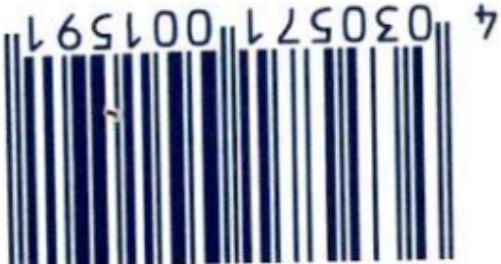
**Excipients:** carbométhane (viscosité de 40 000-60 000 MPa).

**Composition:** 1 g de gel ophtalmique contient 50 mg de dexaméthasone

10g / 10

TM CORNEREGEL

Usage ophtalmique. Corneregel tapis les médicaments dans un filtre sur 10h  
après la première ouverture du tube. Ne pas conserver à plus de 25°C.  
Ne pas dépasser le délai de 6 mois. Ne pas conserver plus de six semaines  
à la portée des enfants. Ne pas conserver plus de 10h sur l'heure.  
Appliquer 1 ou 2 gouttes dans l'œil 5 à 10 fois par jour, ou 1 goutte dans l'œil  
infectéable q.s.p. 1 g.



## Corneregel Gel ophta 10g

ZENITHPHARMA

AMM N° 89/15 DMP/21/NNP

PPV: 76,10 dhs

Vignette

L1MA01 / 49809E300/1-MA